



**Aplicación Preliminar Formulario de actualización
Housing Choice Voucher (HCV) Program**

(Adjunte hojas adicionales de papel, si es necesario, reportar todos los cambios de uso doméstico o correcciones.)

| Sección A: Cabeza de familia (HOH) INFORMACIÓN | | | | |
|--|--------------------------------|--|--|---|
| Apellido | | Primer Nombre | | Número de Seguro Social (SSN) o Número de Registro de Extranjero (ARN) |
| Aplicación Preliminar número de confirmación | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| Sección B: Marque la casilla junto AL TIPO DE CAMBIO (S) y proporcionar ACTUALIZADO INFORMACIÓN / CORRECCIONES | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Cambiar en nombre HOH | Apellido | | Primer Nombre |
| <input type="checkbox"/> | Cambiar de Dirección | Dirección | | |
| | | Apartamento No. | | |
| <input type="checkbox"/> | Cambio de Contacto Información | Nuevo número de teléfono: _____ () _____ | | |
| | | Nueva dirección de correo electrónico: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> | Cambiar en Ingresos | Total de Ingreso Bruto Mensual de la Familia: \$ _____ | | |
| <input type="checkbox"/> | Cambiar en Bienes | De familiares Total Activo: \$ _____ | | |
| <input type="checkbox"/> | Cambio en el Empleo | | | |
| Nombre (Apellido, Nombre) | Fecha de nacimiento | Relación a HOH | Empleador (Nombre, teléfono, ciudad, estado, código postal) | Eficaz Fecha del cambio |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Sección C: AGREGAR o QUITAR MIEMBRO DE LA FAMILIA (S)

| Marque uno | Apellido | Primer Nombre | SSN o ARN | Fecha de nacimiento | Relación a HOH | Sexo (Marque uno) |
|-----------------------------------|----------|---------------|-----------|---------------------|----------------|----------------------------|
| Añadir <input type="checkbox"/> | | | | | | M <input type="checkbox"/> |
| Eliminar <input type="checkbox"/> | | | | | | F <input type="checkbox"/> |
| Añadir <input type="checkbox"/> | | | | | | M <input type="checkbox"/> |
| Eliminar <input type="checkbox"/> | | | | | | F <input type="checkbox"/> |
| Añadir <input type="checkbox"/> | | | | | | M <input type="checkbox"/> |
| Eliminar <input type="checkbox"/> | | | | | | F <input type="checkbox"/> |
| Añadir <input type="checkbox"/> | | | | | | M <input type="checkbox"/> |
| Eliminar <input type="checkbox"/> | | | | | | F <input type="checkbox"/> |

Sección D: AGREGAR o QUITAR OPCIONAL PERSONA de CONTACTO o ORGANIZACIÓN

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|-------------------------------------|---|---|--|--|---|--|-------------------------------------|---|
| Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar <input type="checkbox"/> | Nombre de la persona u organización | | | | | | | | | | |
| | Dirección Calle (incluyendo Apt. O Suite No.), ciudad, estado, código postal | | | | | | | | | | |
| | Teléfono no. | Teléfono celular No. | | | | | | | | | |
| | Relación con el solicitante | | | | | | | | | | |
| | Código de razón (marque lo que corresponda) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Emergencia</td> <td><input type="checkbox"/> Ayudar con el Proceso de Recertificación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No puede ponerse en contacto con Usted</td> <td><input type="checkbox"/> Cambio en los Términos de Arrendamiento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Terminación de Asistencia de Alquiler</td> <td><input type="checkbox"/> Cambio en el Reglamento de la Cámara</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desalojo de la Unidad</td> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retraso en el pago de la Renta</td> <td></td> </tr> </table> | | <input type="checkbox"/> Emergencia | <input type="checkbox"/> Ayudar con el Proceso de Recertificación | <input type="checkbox"/> No puede ponerse en contacto con Usted | <input type="checkbox"/> Cambio en los Términos de Arrendamiento | <input type="checkbox"/> Terminación de Asistencia de Alquiler | <input type="checkbox"/> Cambio en el Reglamento de la Cámara | <input type="checkbox"/> Desalojo de la Unidad | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Retraso en el pago de la Renta |
| <input type="checkbox"/> Emergencia | <input type="checkbox"/> Ayudar con el Proceso de Recertificación | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No puede ponerse en contacto con Usted | <input type="checkbox"/> Cambio en los Términos de Arrendamiento | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Terminación de Asistencia de Alquiler | <input type="checkbox"/> Cambio en el Reglamento de la Cámara | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Desalojo de la Unidad | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el pago de la Renta | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|-------------------------------------|---|---|--|--|---|--|-------------------------------------|---|
| Añadir <input type="checkbox"/> Eliminar <input type="checkbox"/> | Nombre de la persona u organización | | | | | | | | | | |
| | Dirección Calle (incluyendo Apt. O Suite No.), ciudad, estado, código postal | | | | | | | | | | |
| | Teléfono no. | Teléfono celular No. | | | | | | | | | |
| | Relación con el solicitante | | | | | | | | | | |
| | Código de razón (marque lo que corresponda) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Emergencia</td> <td><input type="checkbox"/> Ayudar con el Proceso de Recertificación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No puede ponerse en contacto con Usted</td> <td><input type="checkbox"/> Cambio en los Términos de Arrendamiento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Terminación de Asistencia de Alquiler</td> <td><input type="checkbox"/> Cambio en el Reglamento de la Cámara</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desalojo de la Unidad</td> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retraso en el pago de la Renta</td> <td></td> </tr> </table> | | <input type="checkbox"/> Emergencia | <input type="checkbox"/> Ayudar con el Proceso de Recertificación | <input type="checkbox"/> No puede ponerse en contacto con Usted | <input type="checkbox"/> Cambio en los Términos de Arrendamiento | <input type="checkbox"/> Terminación de Asistencia de Alquiler | <input type="checkbox"/> Cambio en el Reglamento de la Cámara | <input type="checkbox"/> Desalojo de la Unidad | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Retraso en el pago de la Renta |
| <input type="checkbox"/> Emergencia | <input type="checkbox"/> Ayudar con el Proceso de Recertificación | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No puede ponerse en contacto con Usted | <input type="checkbox"/> Cambio en los Términos de Arrendamiento | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Terminación de Asistencia de Alquiler | <input type="checkbox"/> Cambio en el Reglamento de la Cámara | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Desalojo de la Unidad | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el pago de la Renta | | | | | | | | | | | |

Sección E: FIRMA

Jefe de Firma de Hogares: _____ Dat: _____

Formulario de devolución por correo: Georgia Department of Community Affairs
P. O. Box 957929
Duluth, GA 30095

| | | | |
|--|---------------|------|-------|
| Exclusivamente para uso oficial | Client Number | Date | Staff |
|--|---------------|------|-------|